
INSTITUTO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL


ISSN
1988-2939 www.ceir.org.es Vol. 8 (1) – Febrero 2014; pp. 180-194
© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores.

La interpretación psicoanalítica de la esquizofrenia de S. Arieti: un estudio comparativo de ambas ediciones (1955 y 1974)

Francisco Balbuena Rivera

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Universidad de Huelva

En este trabajo se cotejan las dos ediciones del ensayo *La interpretación de la esquizofrenia* de Silvano Arieti, quien con una perspectiva humanista y de inspiración psicoanalítica, alteró la técnica psicoanalítica convencional, adaptándola a la peculiar condición psicótica, a cuyo estudio y tratamiento consagró toda su vida. Su visión de la esquizofrenia cercana a ideas del psicoanálisis relacional, nos alentó a comparar una y otra edición, permitiendo así ver el destino que la condición esquizofrénica sufrió dentro y fuera del movimiento psicoanalítico desde la óptica de Arieti, psicoanalista y amplio conocedor de la psiquiatría descriptiva y dinámica de su época.

Palabras clave: S. Arieti, esquizofrenia, psicoterapia, enfermedad mental.

In this paper we compare the two editions of Arieti´s essay *The interpretation of schizophrenia,* who inspired by a humanistic perspective, altered the conventional psychoanalytic technique, adapting it to the peculiar psychotic condition. It did so that he devoted his life to the study and the treatment of this illness. And, for his vision of the schizophrenia close to ideas of the relational psychoanalysis, we think of interest to compare one and other edition. Doing so, we believe that can be seen the destiny that the psychotic condition had inside and outside of the psychoanalytic movement for Arieti, analyst and great scholar on the descriptive and dynamic psychiatry of his epoch.

Key Words: S. Arieti, schizophrenia, psycho-analytical psychotherapy, mental illness.
English Title: The psycho-analytical interpretation of schizophrenia of S. Arieti: A comparative research of both editions (1955 and 1974).

Cita bibliográfica / Reference citation:
Balbuena Rivera, F. (2014). La interpretación psicoanalítica de la esquizofrenia de S. Arieti: un estudio comparativo de ambas ediciones (1955 y 1974). *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (1): 180-194. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es].

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

Balance tras más de 30 años de práctica profesional

En 1974, a la edad de 59 años, Arieti (1914-1981) veía publicada la *2ª ed.,* de su ensayo *La interpretación de la esquizofrenia,* al que según confiesa en el prefacio había dedicado 33 años de su vida (aludiendo aquí al intervalo temporal comprendido desde que con 26 años contactó por vez primera con sujetos afectos de psicosis hasta que se edita tal versión revisada y ampliada) (Arieti, 1974).

Casi 20 años antes, en 1955, había ya aparecido la *1ª ed.,* de tal obra, cuyo contenido respecto a la *2ª ed.,* varía, refiriendo entre una y otra su autor lo mucho que ha aprendido de la psicodinamia de la condición esquizofrénica. Pues, en línea con ideas sullivanianas, desde la óptica arietiana, no hay en el saber psiquiátrico un trastorno psico(pato)lógico que exprese más adecuadamente lo que genuinamente caracteriza la naturaleza humana. Al pensar así, afirma Monedero (1996), S. Arieti concebiría la instauración de tal grave alteración mental como el fracaso (tentativa fallida recurrente para nosotros) de una personalidad (a nuestro entender *persona* según M. Scheler) que ha agotado todas sus posibilidades adaptativas.

Asimismo, mientras que de la *1ª ed.,* en cuya elaboración invirtió 10 años según manifiesta Arieti (1955) en su prólogo mantiene en la *2ª ed.,* premisas en torno a los mecanismos psicodinámicos que operan en la infancia y adolescencia, dejando intocado el análisis estructural del pensamiento y lenguaje esquizofrénico como del proceso catatónico hecho en la *1ª ed.,*; en la *2ª ed.,* omite todo lo referido a la terapia grupal y hospitalaria, evitando también aludir a la esquizofrenia infantil (como ya hizo en la *1ª ed.,* en cuyo preámbulo confesaba carecer de la suficiente experiencia clínica para tratarlas). Tal vez, debido a ello, en la *2ª ed.,* Arieti (1974) incluye nuevos capítulos donde aborda la sintomatología manifiesta del trastorno, como sus influencias socioculturales, epidemiología, prevención de la psicosis y estudios genéticos y/o somáticos relativos a esta enfermedad mental.

Análisis cotejado de ambos textos por bloques temáticos y contenidos

Previamente a ello, queremos expresar que, aun cuando disponemos en nuestra lengua de una traducción de la *1ª ed.,* hemos optado por usar la versión original inglesa, al existir términos no adecuadamente traducidos, como *distortions* (2º párrafo, p. 20), aparecido en la versión española de la editorial catalana Labor como *perversión* (3º párrafo, p. 17), al que cabría añadir otros muchos, que por no ser prolijo omitimos, pero que menoscaban el contenido de tan interesante ensayo para lectores expertos, ya legos y/o profanos, que accedan a la versión traducida.

Dicho esto, antes de analizar el contenido de tales ediciones (1955 y 1974), cabe reseñar

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

que ya en nuestro país teníamos conocimiento del ensayo arietiano de 1955, traducido al castellano en 1965, como así fielmente atestigua la ponencia presentada por López Ibor en 1955 en el Simposio sobre Esquizofrenia auspiciado por el CSIC celebrado en Madrid. En efecto, en su comunicación titulada *Análisis estructural de la sintomatología esquizofrénica,* en su apartado *El estado de ánimo esquizofrénico,* expresaba que Arieti (erróneamente transcrito Areti) situaba como clave del trastorno fundamental del esquizofrénico la defensa contra la ansiedad, matizando luego que: *No es la ansiedad, (…) ni tampoco la angustia, también en el sentido psicológico habitual, el estado de ánimo del esquizofrénico. Es algo más hondo (…). Lo que sí es cierto es que muchos síntomas, ya claros y vivenciados, tienen un carácter reactivo. La ruptura de la estructura referencial que liga al sujeto con el mundo, la quiebra de su habitualidad, pueden producirle un sentimiento de exaltación que no es contradictorio, a pesar de la paradoja de la profunda estructura angustiosa del que emerge, quizás no primariamente, sino reactivamente* (López Ibor, 1957, p. 219).

Dejando aparte tales consideraciones, si la *1ª ed.,* se estructura en 6 partes, abarcando 24 capítulos, la *2ª ed.,* lo hace en 9 partes con 45 capítulos. Intitulada la 1ª parte de la *1ª ed., El abordaje psicológico de la esquizofrenia,* a la vez subtitulada *Revisión histórica de la interpretación de la psicosis e introducción al estudio actual*, la 1ª parte de la *2ª ed.*, se denomina *La sintomatología manifiesta y otras nociones,* siendo su cap. 2 donde se revisa el concepto de esquizofrenia (Arieti, 1974).

Dando comienzo a la 1ª parte de la *1ªed.,* en su cap. 1, aun reconociendo el valor de la psicopatología descriptiva en el desarrollo histórico del saber psiquiátrico, Arieti (1955) atribuye a la matriz psicoanalítica el mérito de haber iniciado una nueva era en la comprensión de la esquizofrenia, si bien alejada de los logros terapéuticos alcanzados en el terreno de las psiconeurosis. En el cap. 2, *Cambiando conceptos de la esquizofrenia* (intitulado en castellano *Diversos conceptos de la esquizofrenia*), Arieti refiere las seis autoridades clínicas que, desde una perspectiva psicológica, y no al modo virchowiano, dada la no evidencia hasta 1955 de una causa (afirma él, naturaleza) orgánica de la esquizofrenia, no descartable de hallar en el futuro, que incluya también factores de predisposición constitucional, más han contribuido a lo que hasta entonces se sabía de la esquizofrenia. Comienza así por E. Kraepelin, del que destaca la síntesis exitosa realizada de los trabajos de Kalhbaum, Morel, Wundt y otros, de la que germinó su propio sistema; a su vez como mérito kraepeliano cita incluir en la demencia precoz la catatonía, hebefrenia y vesania típica; prosigue con E. Bleuer, cuyos estudios de los procesos asociativos, alteraciones de la afectividad y conceptos de autismo, ambivalencia e interpretación del negativismo juzga como sus mayores contribuciones al esclarecimiento del síndrome esquizofrénico. De A. Meyer, aun formulando vagamente las características concretas de la esquizofrenia, valora que destacara la importancia de los factores psíquicos en

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

la etiología de tal trastorno, como el interés de realizar un estudio longitudinal del paciente; en lo que alude a S. Freud, como su más excelsa contribución a la esquizofrenia considera su concepto de simbolización. Finalmente, de C. G. Jung destaca que fuera el primero que aplicara en su totalidad ideas psicoanalíticas para comprender la esquizofrenia, y de H. S. Sullivan su visión de esta última como fruto de fallas interpersonales y no de conflictos intrapsíquicos, como su completa dedicación clínica a paliar y/o revertir tal cataclismo-derrumbe psíquico (Arieti, 1955).

La 1ª parte de la *2ª ed.,* cuyo título es *La sintomatología manifiesta y otras nociones básicas* remarca la mayor extensión conferida a la perspectiva estructural o psicoestructural respecto a la realizada en la *1ª ed.* De igual modo, se revisa otra vez el concepto de esquizofrenia (cap. 2; donde de A. Meyer añade a lo dicho en la *1ª ed.,* haber proveído un *puente* para conectar premisas kraepelianas-bleulerianas con otras emanadas del enfoque psicodinámico); respecto a S. Freud, Arieti (1974) se muestra crítico, rechazando que la regresión esquizofrénica esté sólo causada por demandas instintivas, reemplazando así tal concepto por el de deterioro en la esquizofrenia. Asimismo, niega que todas las psicosis esquizofrénicas comiencen con síndromes megalomaníacos y/o hipocondríacos, siendo para él preciso realizar estudios que vayan más allá del etiquetar las fallas del pensamiento esquizofrénico como regresiones de las funciones *yoicas*. En cuanto a C. G. Jung y H. S. Sullivan esencialmente manifiesta lo mismo que en la *1ª ed.* De la sintomatología manifiesta, objeto del cap. 3, tras describir los 4 tipos clásicos de esquizofrenia, distingue en el hebefrénico los 2 subtipos siguientes: 1. caracterizado por un progresivo y duradero comportamiento regresivo, escasez de alucinaciones, delirios y frecuente ocurrencia de actos bizarros; y 2. en el que se aprecian rasgos similares al tipo paranoide, que exhibe un curso relativamente agudo. Por último, acerca del curso esperado por la esquizofrenia en su inexorable avance, Arieti (1955) se auxilia de los 4 estadios de regresión ya señalados por él: 1º. de inicio, donde es visible la ansiedad y falta de cierto equilibrio, aun cuando existen síntomas psicóticos típicos, los cuales a su vez divide en tres fases (de pánico, *insight* psicótico y multiplicación de síntomas); 2º. avanzado, en que aparentemente se acepta la enfermedad; 3º. preterminal, con una sintomatología ya oculta que hace difícil diferenciar al tipo paranoide del catatónico; y 4º. terminal, cuyas notas distintivas son una conducta más primitiva y/o impulsiva, alteraciones perceptivas, anestesia e insensibilidad al dolor, temperatura, etc. Del diagnóstico y prognosis, aconseja no juzgar un síntoma o constelación sintomática evidencia indiscutible de la condición psicótica, atendiendo más al cuadro clínico que generen; refiere también síndromes como Ganser, Tourette, autocóspico, etc., que en ocasiones cabe confundir con esquizofrenia, dándonos ciertas pinceladas para su diagnóstico diferencial. Concluye Arieti (1974) reafirmándose en ideas ya sustentadas en 1955 para la prognosis como son las relativas al

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

inicio del síndrome esquizofrénico, ocurrencia de factores precipitantes específicos, actitud desafiante ó sumisa, ansiedad consciente, condición afectiva, material delusivo y/o alucinatorio, estado de *insight*, destreza para fingir y/o mentir y aceptación ó resignación de la enfermedad mental, que, de nuevo, insiste, aislada y conjuntamente, deberán ser analizadas y/o valoradas cara al juicio clínico.

De la 2ª parte de la *1º ed., La psicodinamia de la esquizofrenia,* intitulada del mismo modo en la *2º ed.,* se conforma de 6 capítulos, mientras en la *2º ed.,* son 10. Es interesante aquí reseñar la supresión experimentada en la *2º ed.,* del cap. 3 de la primera (*Patrones psicodinámicos frecuentes conducentes a la esquizofrenia*), como el añadido en la *2º ed.,* de 5 capítulos inexistentes en la *1º ed.* La temática de tales capítulos queda patente en la elección de sus títulos: *1º período: temprana infancia y ambiente familiar; 2º período: infancia tardía*; *3º período: adolescencia y temprana adultez*; *4º período: la psicosis*; contrariamente, aunque alterados en su orden, como capítulos comunes en la *1º-2º ed.,* figuran: *pacientes estudiados con ayuda de miembros de sus familias* (alterado en la *2º ed.,* a *pacientes estudiados a través de miembros familiares*); *estudio de pacientes catatónicos*, *estudio de pacientes paranoides, estudio de pacientes hebefrénicos* y *esquizofrenia evitada: relación entre psicosis y psiconeurosis* (traducida en la versión española *evitada* como *frustrada*).

Del suprimido cap. 3 de la *1º ed.,* antes ya aludido, resaltar la interpretación dinámica que Arieti (1955, p. 384) ofrece de la esquizofrenia, que, en traducción nuestra, la define como *una reacción específica a un estado extremo de ansiedad, originada en la infancia, y reactivada más tarde en la vida por factores psicológicos. La reacción específica consiste en la adopción de mecanismos mentales arcaicos, los cuales pertenecen a niveles más inferiores de integración. Y al abocar esto a una regresión a, que no integración a niveles más inferiores, un desequilibrio es engendrado causando aún una más lejana regresión, en ocasiones a niveles más inferiores al cual ciertas percepciones son posibles.*

Como factor clave para la puesta en marcha de tal patrón reactivo en el niño luego diagnosticado de esquizofrenia señala su atmósfera familiar, en la que Arieti (1955) destaca una inadecuada figura parental, habitualmente la madre, que, en forma anormal, interactúa con el niño, sobreexcitándole, lo que a su vez hace que éste provoque una reacción similar en su progenitor/a, erigiendo entonces el chico una barrera desde la que actúa con un patrón cognitivo-conductual y emocional pretérito, caracterizado por un fuerte desapego hacia sus cuidadores, ensayando modos de vincularse que reduzcan su ansiedad patológica (que Arieti vincula a la necesidad del niño de obtener amor-aprobación parental y también a veces a una profunda angustia de castración, fijación edípica, etc.,).

De vuelta a la *2º ed.,* en cuanto a los 5 capítulos incorporados a su 2ª parte, ya citados,

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

conviene destacar el primero (cap. 5), donde Arieti (1974) cuestiona y ofrece evidencia clínica contra los que juzgan la esquizofrenia resultado de una fijación oral o "depresión" (reacción y vivencia emocional infantil diferente a la del adulto), cuya descripción para nosotros resuena a la de la angustia de separación, que alcanza su cenit al separarse el infante de su madre durante el primer año de vida extrauterina. Desigual, por el contrario, es la influencia que los progenitores, atmósfera y/o constelación familiar ejercen en la etiopatogenia de la esquizofrenia, citando aquí Arieti a Lidz, Cornelison, Fleck y Terry (1957), como a Searles (1958), que confieren más protagonismo al padre y no sólo a la madre (habiendo hallado sólo Searles un 25% de madres con un perfil esquizofrenógena). De ahí que, aun asintiendo con el juicio clínico mayoritario, que postula graves fallas familiares en el concurso social y emocional de sujetos con esquizofrenia, Arieti, sin más evidencia disponible, valore tales complicaciones familiares *presumiblemente necesarias*, si bien del todo insuficientes para *explicar* tal incapacitante desorden mental.

En cuanto al cap. 6, centrado en la infancia tardía, niega la teoría del doble vínculo, argumentando que las fallas comunicacionales referidas en ella conforman una muestra de la complejidad de la existencia humana, que, junto a muchos otros mecanismos, elicita una visión insegura, distorsionada del mundo, de ningún modo sólo atribuible a padecer esquizofrenia. Más aún, de ser la comunicación humana "simple", afirma que nuestro devenir vital sería unidimensional, por lo que, desde la visión arietiana, lo que resulta patógeno no son los mecanismos de doble vínculo en sí, sino el uso que de éstos se haga en una situación patogénica (Arieti, 1974).

En línea con lo anterior, manifiesta también que lo cabría ser más patógeno para todo sujeto son las *ideas* (obviamente, en el sentido y/o función que les sea conferido, se alejen o sustenten en la realidad, más aún en la estructura psicótica), y no sus impulsos, algo que según Arieti (1974) han soslayado el saber psiquiátrico y el psicoanálisis freudiano, hasta el punto el último de haber ignorado y pretendido transformar ello en un mero *quantum* de libido. Alejándose, pues, de la primacía del inconsciente dinámico, confiere un papel relevante a lo que llama *vida conceptual*, alineándose así Arieti con intervenciones actuales encauzadas en línea similar.

En otro plano, casi afirma lo mismo de los pacientes catatónicos en ambas ediciones, al igual que sucede con los hebefrénicos, ampliando la casuística de los primeros de 2 a 3 en la *2ª ed.,* donde señala la desaparición en el escenario clínico de los catatónicos, cuya *novela familiar* venía dada por una gran sobreprotección y altas exigencias personales, que, incapaces de cumplirlas, alentaban el auxilio de progenitores y la claudicación a las alteraciones conativomotoras, como advertía R. Bastide en su *Sociología de las enfermedades mentales* (1965). Contemplado así, desde premisas psicoanalíticas, y no como fruto de algún trastorno

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

neurológico (v. g. encefalitis) ó intoxicación, Arieti (1974) trataba de dar respuesta a tan enigmático "ensimismamiento" presente en los sujetos catatónicos.

En el cap. 8 de la *1º ed.,* (correspondiente al 14 en la *2º ed.,*), Arieti (1955) enfatiza la importancia del temprano entorno y dintorno en el destino psíquico del sujeto, cuya vulnerabilidad entra en juego, de tal suerte que si a algunos les basta con su estructura neurótica para enfrentarse a sus conflictos, a otros no, siendo entonces cuando sucumben a la postración psicótica y ruptura con la realidad.

Para terminar con el cotejo de la 2ª parte de una y otra edición, aludiremos al cap. 13 de la *2º ed.,* no antes presente en la *1º ed.,* centrado en analizar la psicosis esquizofrénica posparto, cuyos hallazgos respecto a su etiopatogenia Arieti (1974) apostilla son inconsistentes, al haberse hallado en ciertos casos una disminución de la glándula tiroidea, mientras en otros una hiperactividad. Sus pródromos, incapaz la mujer de verbalizar sus estados internos, pueden pasar inadvertidos, aunque resulta habitual percatarse de ellos el 6º día tras el alumbramiento, si bien ya entre el 3º día y el décimo quinto posterior al parto cabrían ser detectados; la mayoría de los casos clínicos suele encajar con el tipo paranoide de esquizofrenia, aunque también cabe que irrumpan en otros los tipos hebefrénico y catatónico, o una mezcla de ellos. Es interesante la constatación arietiana de tal psicosis puerperal en madres primerizas, como en otros clínicos de las que repiten maternidad, coexistiendo en unas y otras ambivalencia y sentido de incompetencia maternal, como evidencian sus dinámicas conyugales, su relación con los bebés tras el parto y el resurgimiento de pretéritos conflictos con sus madres, ahora que ellas ejercen similar rol con su propia prole.

Ocupándonos ahora de la 3ª parte, mientras que en la edición de 1955 se intitula *La estructura psicológica de la esquizofrenia* (subtitulada *Estudio de los mecanismos formales*), en la de 1974 se denomina *El mundo de la esquizofrenia: una aproximación psicoestructural*. Como cambios operados en la *2º ed.,* cabe referir primero la alteración del título dado al cap. 15, *La ruptura con la realidad,* antes en la *1º ed.,* titulado *El escape de la realidad.* En segundo término, ha de señalarse la desaparición de la voz *retirada* en la *2º ed*., para ser sustituida por la de *transformación*; así el pretérito capítulo *La retirada de la razón* (cap. 10 de la *1º ed.,*), es después denominado *La transformación cognitiva* (cap. 16 en la *2º ed.,*). Tales cambios, a nuestro entender, reflejan los avances operados en las ciencias cognitivas y el pensamiento arietiano, siempre permeable a otros saberes ajenos pero enriquecedores del propio.

Con la pretensión de "escapar" de la realidad circundante, inmodificable en sí misma, el sujeto con psicosis emprenderá un repliegue de sí, merced al que encarar la realidad interna-externa más tolerablemente, *regresión teleológica* (al servir a un propósito y usar mecanismos psíquicos más primitivos) que afectará a su mismidad y universo emocional, como a su lógica

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

psíquica, caracterizada por una racionalidad vetusta y no una burda irracionalidad. El adjetivo seleccionado por Arieti (1955) para acuñar a tal lógica es el de paleológica, distinguiéndose ésta por la afectación de la connotación, no así la denotación y verbalización, dominante en el tipo hebefrénico, cuyo operar psíquico no siempre es guiado por modos paleológicos. Disiente, pues, de quienes prefieren llamarla prelógica (Lévy-Bruhl) o paralógica (Von Domarus), al no ser para Arieti un antecedente de la lógica aristotélica ni tampoco el único modo correcto de pensar en términos absolutos, sino una forma arcaica de lógica, no en sí patológica, gracias a la que el sujeto "aplaca" y dirime la profunda ansiedad que le atenaza e imposibilita su transitar por el mundo y con-vivir con los demás.

A tal viraje, años después, nuestro autor le llamará transformación cognitiva, sirviéndose de ideas jacksonianas y goldsteinianas para explicarlo; de las primeras refiere la pérdida de las funciones psíquicas superiores, últimas en desarrollarse, y de las segundas el abandono del individuo de la actitud abstracta por otra concreta. Asimismo, dentro de la regresión teleológica, formulada ya en 1955, distingue en 1974 un tipo especial al que designa *regresión teleológica progresiva*, con el que enfatiza el carácter inexorable de la regresión, sólo reversible de concurrir ciertos sucesos afortunados o instituirse un tratamiento, evitando así el descendimiento-deterioro progresivo del psicótico a estadios cognitivo-conductuales pretéritos.

De igual modo, reflexiona acerca de los desórdenes gestuales, volitivos y de acción que la evidencia teórico-clínica ha recogido de la condición psicótica, como de los cambios psicosomáticos a ésta vinculados, que algunos han conectado con tempranas fallas afectivas, a las que responsabilizan de la imposibilidad del cortex para integrar una imagen estable corporal. De igual forma, sustentándose en otros trabajos, recala en la producción artística del sujeto con esquizofrenia, juzgándola muestra de su psicodinamia (primitivismo mental) y curso que sigue la enfermedad.

Concerniente a la 4ª parte (*Una visión longitudinal de la esquizofrenia*) y 5ª parte (llamada *El aspecto psicosomático de la esquizofrenia*, para luego en la *2ª ed., Los aspectos somáticos y psicosomáticos de la* esquizofrenia), cabe destacar la división arietiana del curso evolutivo de la psicosis en 4 estadios (inicial, avanzado, preterminal y terminal ya citados), los cuales enriquecen los subtipos kraepelianos y bleuerianos, si bien reconoce su limitado valor cara a la prognosis (Arieti, 1955). En torno a esta última, como signos de interés, refiere: *ansiedad consciente*, *actitud general desafiante/obediente*, *condición afectiva general*, *estado de indefensión no acompañado por depresión congruente, contenido de material delusivo/alucinatorio, estado de insight*, *habilidad para fingir/mentir, inicio de la enfermedad* y, por último, *aceptación/resignación de la enfermedad* (más propio del estadio 2 o avanzado), todo lo que deberá valorarse según el saber y experiencia clínica. De tal estadio 2, en 1974,

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

rescata y/o profundiza en el gran interés psico(pato)lógico que poseen los textos (v. g. cartas, escritos acompañados de dibujos) realizados por los pacientes, ante los que el clínico de orientación psicodinámica cabe estar tentado a interpretar sólo psicoanalíticamente, cuando al entender arietiano tal tendencia estereotipada conforma una defensa del *sufriente psicótico* contra la transformación paleológica, mutabilidad y fragmentación psíquica que vivencia y le aterra profundamente. Otra temática acerca de la que también se interroga Arieti (1974) es el institucionalismo, donde refiere el trabajo *Internados* (Goffman, 1961), compartiendo éste con otros en líneas generales la tipificación que, dada la interacción personalidad y factores sociales, y como resultado del confinamiento, Arieti formula de los internados en: *rebeldes tormentosos* (para Goffman serían los que siguen *la "línea intransigente"*), *tranquilos conformistas* (que para Goffman se *convierten o adoptan la colonización*) y, finalmente, *aislados autistas* (que se retiran-recluyen). Tras esto, Arieti denuncia abusos cometidos en tales instituciones, reconociendo el mérito de éstas al evitar que sus confinados realicen conductas *antisociales* y suicidales, no así *asociales*, las cuales se han visto acentuadas (Arieti, 1974).

Junto al deterioro progresivo, formulado por E. Kraepelin, Arieti incluye la regresión psicoanalítica para comprender psico(pato)lógicamente el acontecer vital del *sufriente psicótico*, que, tras experienciar una intensa ansiedad (presente pero no visible en el estadio avanzado), pánico y confusión, accede al *insight psicótico,* con el que vivencia una excepcional lucidez; o el estar catatónico, en el caso del subtipo catatónico. Del estadio 3, preterminal, habitualmente patente entre los 5 y 15 años ulteriores al comienzo de la psicosis, Arieti afirma que las alucinaciones como elusiones han desaparecido o no caben ser elicitadas, siendo expresadas totalmente desorganizadas y deprivadas de toda carga emocional. Asimismo, la gran desintegración de los procesos de pensamiento dificulta mucho al psicótico evocar ideas ante el examinador, para quien también es difícil distinguir entre los 4 subtipos de psicosis, al faltar lo que a cada uno les diferencia. El atesorar objetos (traducido en nuestra edición castellana por "afición por coleccionar") y adoptar una "peculiar" apariencia física (expresado en idéntico texto por "afición por adornarse"), son otros de los rasgos más destacados del estar-en-el-mundo del sujeto psicótico, que, cuanto más regresivo sea su ser y *modus operandi*, se servirá de sus propios intersticios corporales para guardar todo lo que juzga sólo íntimo de sí y no privado-público (ámbitos de la actividad humana que entendemos según conceptualización de C. Castilla del Pino) para visibilizar y/o compartir con los demás.

En lo que atañe al estadio 4, terminal, el paciente muestra una predilección por ciertos alimentos, incomestibles muchos de ellos, exhibiendo así una *ceguera psíquica* multiforme, de tintes compulsivos, que se asemejaría a la manifestada en lesionados orgánicos o animales sometidos a extirpación cerebral (Arieti, 1955). Tal *tendencia oral* suele también venir acompañada de coprofagia y embadurnamiento corporal con las propias heces, algo

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

especialmente advertible en catatónicos (que, actuando con una o ambas manifestaciones escatológicas, a veces experimentan una remisión temporal o aparente completa recuperación) y hebefrénicos. Junto a esto, cabe también evidenciarse gran variabilidad inter-intrasujeto en la anestesia-hiperestesia expresada ante distintas fuentes de estimulación sensorial (dolorosa, olfativa, cambios significativos de temperatura, etc.,).

De la 5ª parte, centrada en los aspectos somáticos de la esquizofrenia, se añade en la *2ª ed.,* la herencia-constitución y la bioquímica de esta enfermedad, no antes tratadas en la *1ª ed.,* en la que se apuntaba a la dificultad para interpretar los hallazgos, postulando que eran más bien alteraciones psíquicas las causantes de los cambios somáticos (entre los que destaca los cardiovasculares, endocrinos y metabólicos), manifestando al respecto cómo algunos de éstos podrían actuar como mecanismos compensatorios y/o reactivos a otros cambios, y no al revés; así pues, efectos psicosomáticos en las psiconeurosis podrían darse también en las psicosis (Arieti, 1955). Por su parte, en la *2ª ed.,* tras exponer distintos trabajos (estadísticos, de familia, etc.,) concluye que ninguna característica mendeliana para la transmisión de la esquizofrenia se ha hallado ni que por los datos obtenidos pueda explicarse la incidencia de aquélla sólo por leyes mendelianas; asimismo, lo corroborado en los estudios genéticos relativos a la hemofilia, distrofia muscular, corea de Huntington y otros podría no encontrarse en la esquizofrenia. Arieti también aborda la bioquímica de la psicosis, detallando hipótesis como las de deficiencias en la transmetilación, la ceruloplasmina, taraxein o serotonina, cuya provisionalidad, hasta nuevos avances y resultados concluyentes, le parece indiscutible (Arieti, 1974).

Respecto a los *síntomas psicógenos*, señala que sólo pueden gestarse dada la participación del SNC, sin la que toda manifestación psíquica no podría darse, ya normal, ya patológica, interesándose por las áreas cerebrales involucradas y no por las que instaurado el cuadro esquizofrénico aparecen dañadas. En este síndrome, pues, al entender arietiano, lo que se produce es un retorno de lo abstracto a lo concreto, de los símbolos altamente socializados a los paleosímbolos, de las elaboraciones conceptuales a las percepciones sensoriales, y, finalmente, de las percepciones a las sensaciones. En resumen, un rechazo a usar las zonas más centrales del área TOP (temporal, occipital, parietal), filogenéticamente las últimas en desarrollarse y ontogenéticamente en mielinizarse. Asimismo, ante el avance de la psicosis se aprecia una tendencia a abolir casi totalmente el área TOP y utilizar zonas residuales de los lóbulos citados, lo que Arieti (1955) le hace pensar que la esquizofrenia esté acompañada en su evolución de procesos neurológicos como: hipofuncionalidad de ciertas áreas corticales (entre las que destaca el hipotálamo como órgano de control del SNA), diasquisis, relativa prominencia de centros más inferiores y como el proceso más característico la disencefalización.

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

Del maridaje esquizofrenia-epilepsia, analizados distintos trabajos (Tedeschi, 1957; Loeb y Giberti, 1957; Beard y Slater, 1962; Glaser, 1964 o Zec, 1965), afirma: 1. La posible coexistencia de sintomatología esquizofrénica con epilepsia (sea ésta de pequeño mal, gran mal o psicomotora); 2. La detección en EEG de disfunciones en los lóbulos temporales, comúnmente acompañadas de síntomas clasificables de esquizofrénicos o parecidos; 3. Que la mayoría de casos de psicosis esquizofrénica o similar suceda en epilépticos en forma de episodios recurrentes (Arieti, 1974).

Referente a la *epidemiología, aspectos transculturales y la prevención de la esquizofrenia* (6ª parte de la *2ª ed.,*), es conveniente resaltar la mayor incidencia de esquizofrenia corroborada en sociedades industriales (citando aquí Arieti un estudio propio retrospectivo editado en 1949 donde en EE UU como Italia cotejaba núcleos urbanos-industriales con áreas agrícola-rurales) que en preindustriales, atribuyendo ello a la pérdida de estatus-poder-identidad de *la familia,* cuyos roles parentales han variado, afectando esto la dinámica intrafamiliar y vínculos con otros, que, junto a ciertos rasgos individuales de predisposición-vulnerabilidad, configuran y expresan la condición psicótica. Ya en el cap. 32 (*Estudios transculturales de la esquizofrenia,* apartado 3, intitulado *Síndromes conectados a la esquizofrenia más frecuentes en países extranjeros que en Estados Unidos*) analiza el *bouffée délirante, Capgras* (del que duda sea un síndrome especial, prefiriendo así denominarlo síntoma de Capgras, el cual, a tenor de su experiencia clínica, es visible en pacientes afectos de esquizofrenia paranoide o estados paranoides, quienes exhiben una inusual sintomatología, tendiendo así también a pensar que casos diagnosticados como esquizofrenia en realidad corresponden al renombrado síndrome de Capgras) y *Latah*, cuyo curso paroxístico podría durar semanas, meses, pudiendo para Arieti (1974) poder ser visto como un intento del sujeto de liberarse de sus ansiedades al entregarse-rendirse totalmente a los otros mediante la ecolalia, ecopraxia, etc.

A nivel preventivo, es de gran interés los 3 tipos que incluye en la *prevención primaria*: la *básica* (dirigida a eliminar prerrequisitos heredados y/o ambientales que ya potencialmente, ya realmente, incrementen la vulnerabilidad a la esquizofrenia), la *longitudinal* (conducente a ayudar al sujeto a lo largo de su ciclo vital, evitándole vicisitudes, desarrollos psicogénicos y situaciones que tornen la potencialidad a, en la constatación clínica de esquizofrenia) y la *crítica* (encauzada a evitar los factores, sucesos específicos, que precipitarán un ataque o el inicio de tal trastorno mental).

De la *psicoterapia de la esquizofrenia* (a la que dedica la 6ª parte en la *1ª ed.,* y la 7ª en la *2ª ed.,*), haremos alusión en primer término a lo expresado en la última edición, que inicia con los pros y los contra del tratamiento escogido (hospitalario o ambulatorio), para luego centrarse en si usar psicofármacos o psicoterapia. A esta última, dada la imposibilidad de

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

alterar factores genéticos, y a tenor de sus propios resultados obtenidos, la juzga una intervención clínica causativa que no sintomática. No obstante, Arieti (1974) afirma usar los psicofármacos como práctica rutinaria con ciertos pacientes, si bien está convencido de utilizar la concomitante psicoterapia si se desea ir más allá de la erradicación sintomática. Y es que, para él, alterar la vida interna del psicótico debería ser el objetivo fundamental del psicoterapeuta y no la mera liberación de su carga sintomática.

Y aun cuando para la esquizofrenia Arieti nos dice que hay una amplia oferta psicoterapéutica (terapia de familia, grupal, comunidad terapéutica), señala que ello no reemplaza el estudio del individuo, situando en 1974 a la psicoterapia individual para esta enfermedad mental en una fase pionera, a pesar de los pasos dados en su comprensión-explicación y tratamiento. Alterando el encuadre clásico freudiano, refiere lo inadecuado de usar diván, recomendando que el terapeuta se siente junto al paciente, y no cara a cara (Arieti, 1955), manifestando que lo que se persigue es que el psicótico *sienta que un esfuerzo sincero, benevolente, se está haciendo para acceder a él, sin que ninguna demanda le sea exigida.* A modo de digresión, recalca la mayor extensión que se le ha dado en la *2ª ed.,* a las aportaciones psicoanalíticas a la psicoterapia de la psicosis, provengan ya de la matriz psicoanalítica freudiana o no (pp. 532 a 544 inclusive) (Arieti, 1974), cuando en la *1º ed.,* tal cosa no se hizo, a excepción de las pp. 453, 461 y 471 en las que alude a la *contratransferencia* y la *transferencia* (Arieti, 1955). Como razón de ello, quien escribe esto, le parece que está el empeño arietiano de presentar con rigor pero llanamente sus ideas, lo que algunos juzgaran como el desapropiamiento de toda fundamentación psicoanalítica ó el aligeramiento didáctico de toda tediosa conceptualización. Sea como fuere, 19 años después, al ver la luz la *2ª ed.,* quizás por críticas emanadas dentro y fuera de la comunidad psicoanalítica, Arieti, convencido de las contribuciones psicoanalíticas al escurridizo terreno de la psicosis, se explaya en defensa de su uso clínico, dando para ello evidencias teórico-técnicas para incrédulos y/o detractores.

La singularidad del sujeto psicótico, alterado en su ipseidad y relación con el mundo, hace que no existan recetas ni atajos terapéuticos, abogando así Arieti por ocasionales interpretaciones dinámicas, sabedor de que sus pacientes *conocen el significado oculto* de sus síntomas, procediendo con las alucinaciones visuales y auditivas en línea similar a la de intervenciones actuales cognitivo-conductuales donde tales producciones-elaboraciones psíquicas son confrontadas en la terapia. La intrusión vivenciada por el psicótico en las primeras sesiones ante las preguntas del terapeuta obliga a éste a ir accediendo poco a poco al universo-realidad interna de su paciente, quien, como un niño ante el extraño que invade su hogar, desconfía de sus intenciones, abriéndose sólo al desconocido cuando éste se torna alguien en quien poder "confiar" y *compartir* angustias. Si, además, el terapeuta es novel y/o su praxis clínica está sustentada sólo en casos de psiconeurosis, éste sentirá un terror más

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

profundo que el de su paciente, vivenciando la *no comunicación* con éste como *amenaza de la nada* ó *amenaza de un significado inefable* incapaz de captarse. Ayudando también al *éxito* del proceso terapéutico, Arieti (1974) menciona la participación de un asistente clínico, al que no exige formación psicoanalítica, pero sí un buen ajuste y disposición personal como *rasgos maternales*. De ahí que entre sus ayudantes cite una ex-paciente, Sally Lorraine, cuya *experiencia psicótica* juzga fundamental para evitar que algún familiar y/o allegado íntimo actúe de colaborador clínico; además, de optar por un régimen ambulatorio, opina más apropiado que el psicótico viva en un hogar de acogida o centro residencial (Arieti, 1955).

En cuanto a la terminación del tratamiento no hay reglas fijas, reposando en el saber y juicio clínico *cuándo* y *cómo hacerlo,* consciente el autor bajo examen de la desigual recepción emocional que toda intervención psicoterapéutica ejerce en quien la recibe como en quien la aplica, dado el peculiar carácter que el proceso psicoterapéutico asume en su desarrollo. Con todo, advierte también del peligro de ser acusado por ciertos pacientes de mantener relaciones íntimas con ellos, pues, anhelantes de cercanía emocional y/o ante la cálida actitud del terapeuta, por su tendencia a concretizar ideas, juzguen a los *vínculos terapéuticos* forjados como actos sexuales ya iniciados, alterando el *escenario vital* al modo sullivaniano de *"forma malevolente"*, poniendo a prueba al clínico, ahora tornado el *recipiente-contenedor humano* de la hostilidad, pasividad, proyecciones, etc., del psicótico.

Por todo lo dicho, desde la visión arietiana, la psicoterapia de la condición esquizofrénica es más un arte que una ciencia, combinable con psicofármacos y condicionalmente la terapia de shock, que no la psicocirugía, causante de daños permanentes (8ª parte de la *2ª ed., Terapias físicas*); y es que, esta enfermedad mental, con cada nuevo hallazgo, verá afectada su conceptualización y abordaje- tratamiento (9ª parte, *2ª ed., Horizontes futuros y el concepto de esquizofrenia*).

Conclusiones

Aun con los avances experimentados en neurociencias y psicofarmacología respecto a la condición esquizofrénica, juzgamos que el ensayo de S. Arieti (ya el de 1955, ya el de 1974) constituye aún una obra digna de consulta y referencia para los interesados en la esquizofrenia, enfermedad mental a la que dedicó gran parte de su vida profesional, siempre con una perspectiva abierta. Guiado en su praxis por el enfoque psicodinámico, no renunció por ello a servirse de antipsicóticos y otros psicofármacos que juzgara (Silver, 2005), asistiendo gratuitamente a los que carecían de ingresos para costear la terapia (Bemporad, 1983). Menos ecuánime, sin embargo, cometiendo el error histórico del presentismo y arrastrando la rémora de un saber psicoanalítico tergiversado y parcial, se expresa el periodista Dolnick (1998), quien

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

califica de misionario a Arieti, centrando sus críticas en la *1ª ed*., de *La interpretación de la esquizofrenia* (1955), sin citar siquiera algún cambio de los operados en su *2ª ed.* de 1974, exponiendo en su lugar ideas que atribuían como etiología psicógena de la condición esquizofrénica fallas vinculares tempranas con las figuras de apego, especialmente la madre, cuyos rasgos caracteriales-afectivos al inter(actuar) con el niño causaban el síndrome esquizofrénico, obviando el papel del menor en tal proceso, de lo que ya Arieti (1955) había advertido tiempo atrás.

REFERENCIAS

Arieti, S. (1974). *The interpretation of schizophrenia, 2ª ed.* New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Arieti, S. (1955). *The interpretation of schizophrenia.* New York: Robert Brunner. (Existe versión traducida de 1965 en nuestra lengua de la editorial Labor).

Bastide, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales.* Paris: Flammarion.

Beard y Slater, (1962). "The Schizophrenic-like Psychoses of Epilepsy." *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 55,* pp. 311-316.

Bemporad, J. (1983). Silvano Arieti: An Appreciation. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and dinamic psychiatry, 11,* pp. 1-13.

Dolnick, E. (1998). *Madness on the couch. Blaming the Victim in the Heyday of Psychoanalysis.* New York: Simon & Schuster.

Glaser, (1964). "The Problem of Psychosis in Psychomotor Temporal Lobe Epilectics". *Epilepsia, 5,* pp. 271-278.

Goffman, E. (1961). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1972.

Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S. and Terry, D. (1957). "The Intrafamiliar Environment of Schizophrenic Patients: II. Marital Schism and Marital Skew". *American Journal of Psychiatry, 114*, p. 241.

Loeb y Giberti, (1957). "Considerazioni cliniche ed elettroencefalografiche a proposito di sindromi psicosiche in suggetti epilettici". *Sist. Nerv., 9:* pp. 219-229.

López Ibor, J. (ed.) (1957). Análisis estructural de la sintomatología esquizofrénica. En *Symposium sobre Esquizofrenia.* Madrid: CSIC. Departamento de Medicina Psicosomática, pp. 214-223.

Monedero, C. (1996). *Psicopatología humana.* Madrid: Siglo XXI.

Searles, H. (1958). "Positive Feelings in the Relationship Between the Schizophrenic and His Mother". *International Journal of Psychoanalysis, 39, pp.* 569-586.

Silver, Anne-L. (2005). Silvano Arieti: Remembering his message. *Psilogos. Revista do Servico de*

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, vol. 2, nº 1, pp. 23-38.

Tedeschi, (1957). "Psicosi epilettica o schizofrenia in epilettico?". *Lav. Neuropsichiat., 21:* pp. 35-48.

Zec, N. R. (1965). "Pseudoschizophrenic Syndrome". *Psychiat. et Neurol., 149:* pp. 197-209.

Original recibido con fecha: 29-10-2013 Aceptado para publicación: 28-2-2014

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es